예방의학회지 : 제22권 제2호
Korean J. of Preventive Medicine
Vol. 22, No. 2, June 1989

의료보험 진료비 지급 지연요인
—병원요인과 보험자 요인을 중심으로—

연세대학교 의과대학 예방의학교실
손 명 세·이 영 두
고신대학 의학부 예방의학교실
전 기 홍

= **Abstract** =

A Study of the Factors Causing Delayed Reimbursement of Medical Insurance Benefit

Myongsei Sohn, M.D.*, Ki-Hong Chun, M.D.**, Young-Doo Lee, M.D.*

Department of Preventive Medicine & Public Health
*College of Medicine Yonsei University**
*Department of Preventive Medicine, Med., Kosin College***

The objective of this study was to analyze the influence of the hospital and insurer in causing delayed reimbursement of medical insurance benefits.

We analyzed major variables at three different sized hospitals to examine the effect of the hospital and insurer using the two-way ANOVA method.

The results were as follows:

1. The time interval between claim by hospitals and payment of the benefit was statistically different according to hospital in both admission and outpatient care.
2. The time needed by the insurer for investigating the claims was statistically different according to hospital and insurer in both admission and outpatient care. There was interaction between the hospital and insurer factors in outpatient care.
3. Although there was interaction between the hospital and insurer factors in admission care, the time interval between claim and payment was statistically different. In outpatient care, the payment interval between claim and payment was also statistically different according to the hospital and insurer.

Ⅰ. 서 론

진료비 지불제도는 크게 의사에 대한 지불제도와 병원에 대한 지불제도로 나뉘고 의사에 대한 지불제도는 일반의와 전문의를 구분하여 각각의 의사가 외래와 입원에 따라 별도의 지불제도를 가질 수 있다(Glaser, 1987). OECD 제국의 의사에 대한 의료비 지불제도는 국가에 따라서 각각 다른 형태로 이루어져 있다. 즉, 영국의 경우는 외래진료의 경우 일반의는 인두제 및 일부 예방의료에 대한 행위별 수가제와 특정 배당제를 취하고 있고 전문의는 봉급제 및 왕진에 대한 행위별 수가제를 채택

하고, 입원의 경우는 일반의와 전문의 모두에게 봉급제 그리고 민간병원의 경우 행위별 수가제에 의해 지불하고 있다. 프랑스의 경우 역시 외래와 입원의 지불방식은 봉급제와 행위별 수가제를 적절히 취하고 있으며 미국의 경우 기존의 행위별 수가제와 함께 최근들어 봉급제를 중심으로 한 지불제도인 건강유지조직(Health Maintenance Organization : HMO) 가입자가 전국민의 10% 선에 이르러(Davis, 1988) 외래 진료에 대한 진료비 지불제도에서 인두제로 한 부분을 점하게 되었다. 이에 비해 같은 OECD국각인 일본은 모든 의사에게 외래, 입원 공히 행위별 수가제를 채택하고 있으며 한국의 상황도 같은 형편이다(OECD, 1987).

한편, 병원에 대한 의료비 상환 방법은 영국의 경우 국민보건서비스 방식에 의해 운영비는 선불 총액 연 예산제에 따르며 자본비는 개별 자본 예산을 산정하여 실시한다. 네덜란드는 병원 비용을 1983년까지는 일당 비용과 수가를 협상해서 결정하였으나 1984년부터는 연간 총액 예산제로 변경하였으며, 미국의 경우는 각 주에 따라 상환 방식이 다르므로 일괄적으로 얘기할 수는 없으나 1984년까지 연방의료보험 제도에서도 후불 수가제를 사용하였으나 그 이후 DRG에 따른 건당 선불제도 널리 활용되고 있다. 그러나 미국의 경우는 HMO를 제외한 대부분의 민간 의료보험이 후불 수가제를 채택하고 있는 현실이다(OECD, 1987).

우리나라의 진료비 지불방식은 일본의 그것과 비슷하게 시행되고 있으나 현실적인 필요에 따라 세부적인 내용은 몇 차례에 걸친 개정을 통해 현실을 반영해 왔다. 그러나 이러한 개정은 대부분이 현재의 행위별 수가제의 큰 틀 안에서 이루어졌으며(김일순 등, 1983) 선불제도로의 전환이나 다른 형태의 진료비지불방법에 대한 접근은 이루어지지 못했다. 그러한 이유로는 여러가지를 들 수 있으나 의료보험의 진료비 지불방식은 적용 범위의 확대와 관리 방식 등의 문제와 밀접한 연관을 가지므로 이것들에 대한 총괄적인 논의가 필요함에도 불구하고 주로 관리 방식에 논점이 모아진 것도 하나의 이유로 상정할 수 있을 것이다.

또한 의료보험법의 제2차 개정시인 1976년 12월에 의료보험 진료비의 개산불제가 제기되었으나 한국에 다른 사회부문에서의 전례가 없었다는 이유등으로 현재의 진료비 지불제도인 후불제 행위별 수가제가 정착하게 되었다. 따라서 병원계에서는 현재의 제도가 의료보험 환자의 진료 시점에서 투입되는 병·의원의 재화를 상당 시일 후에 회수하게 되는 문제점을 갖고 있음을 지적하여 왔으며 보험자측에서도 이에 대한 개선 움직임을 나타낸 적이 있다.

이 연구에서는 실제적으로 한국 현실에서 진료비 지불제도에 대한 전반적인 검토의 필요성을 논리적으로만 제기하면서 현 제도에서 발생된 실증적인 자료를 분석하여 병원 의료비 상환과 관련된 의료보험 진료비의 청구 및 지급지연의 요인을 분석하고자 한다.

진료비 지급이란 의료보험 가입자가 보험료를 납부해 온데 대한 반대급부로서 보험사고 발생시 가입자가 받은 서비스에 해당하는 비용을 보험자가 의료기관이나 가입자에게 급여하는 행위를 말한다. 진료비 지급중 병원의 입장에서 주로 문제되는 것은 의료기관에 대한 진료비 지급의 지연이다. 병원에서 진찰받은 환자의 진료비는 진료시점에서 발생하지만 이를 보험자에게 청구하고 심사, 지급되는 시간이 지연되면서 이미 지출된 비용의 회수가 늦어져 병원 유동자금의 원활한 흐름을 방해하고 심지어는 병원운영에 타격을 주는 경우도 있다. 그러므로 진료비의 원활한 흐름이 있기 위하여는 병원에서 신청한 진료비가 적기에 보험자로부터 지급되어야하며 이를 위해서는 진료비 지급 지연이 방지되어야 한다.

현재의 의료비 지불제도와 급여 방법인 행위별 수가제(Fee for Service)와 제3자 지불제(Third Party Payment)에서 진료비 지급 지연의 원인은 크게 두 가지로 분류할 수 있다. 첫째는 의료기관에서 보험자에게 진료비를 청구하는 과정에서의 지연이고, 둘째는 보험자가 진료비를 심사, 지급하는 과정에서 지연되는 것이다. 따라서 이 연구에서는 입원과 외래를 구분하여 병원별, 보험자별 청구기간, 심사 및 지급 기간에 차이가 있는지를 분석하고 진료비 지급 지연에 병원과 보험자가 영향을 미치는 정도를 분석하고자 한다. 또 진료비 지급 지연을 방지하고 적기에 지급할 수 있는 방안을 검토한다.

II. 연구방법

1. 연구대상 및 연구자료

이 연구에서는 3개의 병원을 조사하였다. 대상병원들은 규모별로 진료비에 관한 자료수집이 가능한 병원들을 선정하였다. 즉 병원 규모에 따라 1천 병상 규모의 대학병원(A병원으로 표기), 5백 병상 규모의 종합병원(B병

원으로 표기)과 1백 병상 규모의 병원(C병원으로 표기)을 각각 1개씩 선정하였으며, 병원들의 1987년 1년동안의 보험자별 월별 진료비 청구액, 진료비 지급일시와 지급액에 대한 자료를 조사하였다. 진료비 지급일시는 병원의 예금구좌에 입금된 날짜로 하였으며, 동일 진료월에 진료한 진료비의 발생은 같은 날 15일에 발생한 것으로 간주하고 진료비의 신청은 병원에서 청구작업이 끝나 보험자에 접수시킨 시점을 청구시점으로 하였다.

2. 연구에 사용된 변수

이 연구의 종속변수는 월별 입원과 외래 진료비의 청구소요기간, 심사기간, 지급기간과 지급율이다. 청구소요기간은 진료비 발생시점(매월 15일)부터 보험자에게 진료비를 청구하는 시점까지의 기간으로 하였고, 심사기간은 청구시점부터 병원의 은행구좌에 첫번째, 입금되는 시점으로 하였다. 그러나 지급기간을 정의하는 데에는 어려움이 있다. 즉, 첫번째 입금부터 수차에 걸쳐 입금되기 때문에 어느정도 입금되었을 때를 지급기간으로 정하냐에 따라 결과에 큰 영향을 미친다. 이 연구에서는 청구액에서 삭감액을 제외한 금액의 90%이상이 입금되는 시점을 기준으로 지급기간을 정하였고, 조사시점에서 90%가 지급되지 않은 청구는 지급기간에 대한 분석에서는 제외시켰다. 또 지급율은 진료비 청구금액에서 삭감액을 뺀 지급금액의 청구금액에 대한 비로 하였으며 조사시점에서 삭감액이 결정되지 않은 청구는 지급율 분석시 제외 하였다.

독립변수로는 병원종료, 보험자종류와 입원 및 외래를 사용하였다.

3. 분석방법

이 연구에서 행한 분석의 틀은 〈그림 1〉과 같다.

입원과 외래별로 각 종속변수들에 대해 병원종류와 보험자종류 사이에 2요인 분산분석을 실시하였다. 두 요인간에 상호작용(Interaction)이 없으면 통계학적으로 유의한 주 효과(Main Effect)에 대하여 다중비교(Multiple Conparison)를 실시하였다. 다중비교는 쉐페의 방법(Scheffe's Method)에 의해 시행하였다. 그러나 상호작용이 존재하는 경우는 변수(관찰치)를 변환하여 상호작용을 제거할 수 있는지를 분석한 후 제거되면 벼환된 관찰처에 의해 통계학적으로 유의한 주 효과에 대한 다중비교를 시행하고, 제거되지 않으면 처리효과 각각에

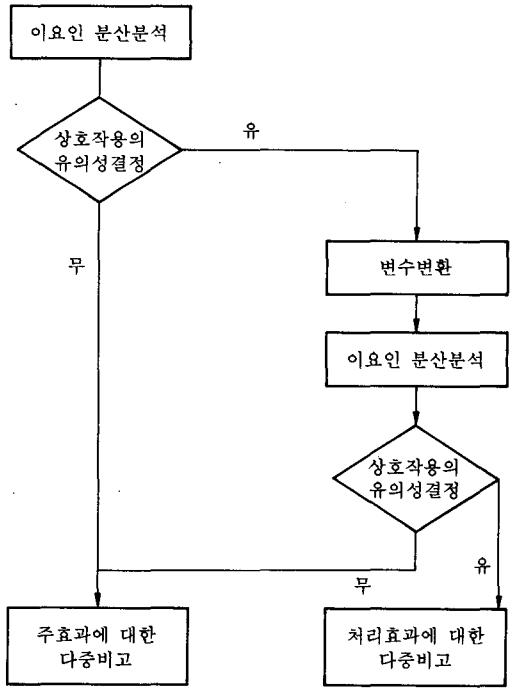

그림 1. 통계학적 분석방법의 틀

대한 다중비교를 하였다. 자료의 처리와 분석은 IBM-PC를 위한 SAS 통계 묶음을 사용하였다.

III. 결 과

진료비를 청구하는데 소요된 기간은 입원과 외래 모두 B병원이 가장 길었으며, C병원이 가장 짧았다. 특히 B병원의 외래진료비는 청구하는데 평균 150일 가까이 소요되었다(표 1). 표 2와 표 3은 입원 및 외래진료비에 대한 2요인 분산분석의 결과이다. 진료비 청구소요기간은 입원과 외래 모두 병원요인에 의한 효과가 통계학적으로 유의한 것으로 나왔다.

병원요인에 의한 효과를 분리하여 분석하기 위해 쉐페(Sheffe)의 방법에 의한 다중비교를 시행하였다(표 4). 이 표에서와 같이 입원의 경우는 A병원, B병원과 C병원 모두 상호간에 통계학적으로 유의한 차이가 있었으며, 외래의 경우는 A병원과 B병원, B병원과 C병원이 통계학적으로 유의한 차이가 있었다.

청구된 진료비의 심사기간은 입원과 외래 모두 의료보험 연합회에서 A병원 진료비를 심사하는데 가장 많은 시간이 소요되었다(표 5). 자세한 내용을 살펴보기 위해

표 1. 입원·외래 병원별 보험자에 따른 진료비 청구기간 소요 (단위 : 일)

	입원		외래	
	연합회	관리공단	연합회	관리공단
A 병원	40.1± 7.1	38.7± 5.7	59.7± 17.8	43.0± 7.4
B 병원	53.5± 15.6	54.4± 17.5	145.4± 45.2	144.9± 45.7
C 병원	22.1± 2.8	21.8± 3.4	49.8± 15.5	44.9± 16.7

*평균± 표준편차

표 2. 입원환자 진료비에 대한 2요인 분산분석의 결과

	청구소요기간		조사기간		지불기간		비삭감율	
	평균평방	F 값	평균평방	F 값	평균평방	F 값	평균평방	F 값
처리								
병원요인	6165.6	66.27**	9242.2	8.52**	51769.4	21.60**	0.00479	17.96**
보험자요인	18.0	0.19	7032.2	6.49*	47548.6	19.84**	0.00056**	1.96
상호작용	3.2	0.03	2224.4	2.05	11169.9	4.66*	0.00023	0.88
오차	93.0		1084.2		2396.3		0.00027	

**p<0.01
*p<0.05

표 3. 외래환자 진료비에 대한 2요인 분산분석의 결과

	청구소요기간		조사기간		지불기간		비삭감율	
	평균평방	F 값	평균평방	F 값	평균평방	F 값	평균평방	F 값
처리								
병원요인	64646.8	104.61**	1775.9	3.13*	20068.2	5.57**	0.00832	8.40**
보험자요인	18.8	0.03	2659.6	4.69*	22722.1	6.31	0.00056	0.57
상호작용	1319.6	2.14	1921.2	3.39*	9609.3	2.67	0.01312	13.24**
오차	618.0		567.2		3603.1		0.00099	

**p<0.01
*p<0.05

표 4. 입원·외래 진료비 청구기간의 병원요인에 대한 다중비교

	입원			외래		
	A	B	C	A	B	C
A 병원	–			–		
B 병원	14.2*	–		89.6*	–	
C 병원	17.8*	32.0*	–	8.2	97.8*	–

+수치는 두집단간의 평균치의 차이임 *p<0.05

표 5. 입원·외래 진료비 청구기간에 병원요인에 대한 다중비교

	입원		외래	
	연합회	관리공단	연합회	관리공단
A 병원	64.9± 52.2	30.8± 4.8	52.9± 35.9	27.7± 7.9
B 병원	16.7± 7.2	29.8± 12.0	25.2± 9.1	38.0± 10.4
C 병원	38.6± 9.6	35.5± 5.7	38.1± 9.8	36.4± 7.4

*평균± 표준편차

A병원의 보험자별 심사기간을 조사한 내용은 표 6과 같다. 이 표에서 보는 바와 같이 연합회 중 직장 의료보험조합과 직종 의료보험조합의 심사기간은 의료보험관리 공단의 심사기간과 비슷하나 지역의료보험조합의 심사기간이 다른 보험자보다 3-4배 가까이 오래 소요되는 것을 알 수 있다.

또 표 2와 표 3에서 심사기간에 대한 2요인 분산분석의 결과를 보면, 입원 진료비의 경우는 병원요인에 의한 효과와 보험자요인에 의한 효과가 모두 통계학적으로 유의했다. 보험자는 연합회와 관리공단으로 분류하였으므로 두 보험자간에 통계학적으로 유의한 차이가 있다는 것이다. 병원요인에 의한 효과를 분리하기위해 다중비교를 한 결과는 표 7과 같다. A병원과 B병원간에 심사기간이 통계학적으로 유의한 차이가 있었다. 그러나 외래진료비의 경우는 병원요인과 보험자요인의 상호작용이 존재하여 각 병원이나 보험자간의 차이를 설명하기 힘들었다.

진료비 지급기간은 청구액에서 삭감액을 제한 지급액의 90% 이상이 입금된 시점을 기준으로 정하였다. 표 8에서 보는바와 같이 의료보험 연합회가 A병원에 대한 지급을 지연하는 것을 제외하면 대개 평균 35일 정도에서 지급되고 있다. 입원과 외래 공히 A병원의 진료비지급이 지연되는 이유는 표 6에서 보는 것 같이 직종 의료보험조합이 입원의 경우 평균 236일, 외래의 경우 평균 315일만에 지급되며 지역 의료보험조합의 경우는 입원이 평균 151일,

표6. A병원의 보험자별 진료비 청구기간, 심사기간, 지급기간과 지급율

	진료비 청구기간(일)		진료비 심사기간(일)		진료비 지급기간(일)		지 급 율	
	입 원	외 래	입 원	외 래	입 원	외 래	입 원	외 래
의료보험관리공단(1)	28.7± 5.7	43.0± 7.4	30.8± 4.8	27.7± 7.9	35.2± 13.4	31.5± 6.4	0.98± 0.01	0.96± 0.03
의 료 보 험 연 합 회								
직 장 조 합 (2)	42.3± 9.3	59.9± 11.4	29.6± 4.7	27.7± 8.4	49.8± 26.3	30.1± 8.9	0.98± 0.01	0.96± 0.03
직 장 조 합 (3)	39.0± 5.7	56.3± 9.3	32.8± 4.8	32.7± 3.8	325.8± 64.3	315.8± 16.8	0.96± 0.01	0.96± 0.03
직 장 조 합 (4)	39.0± 5.7	63.3± 27.6	129.8± 37.5	102.6± 17.4	151.0± 39.5	102.6± 17.4	0.96± 0.01	0.96± 0.03
		1−4	1−4	1−4	1−3	1−3	1−3	
			2−4	2−4	1−4	1−4	2−3	
			3−4	3−4	2−3	2−3	2−4	
					2−4	2−4		

+1요인 분산분석에서 다중비교 결과 유의한 차이가 있는 보험자끼리의 조합임.

표 7. 입원·외래 진료비 심사기간의 병원요인과 상호작용에 대한 다중비교 결과

	입 원			외 래	
	A	B	C	연합회	관리공단
A 병원	−			52.9± 35.9	27.7± 7.9
B 병원	33.0*	−		25.2± 9.1	38.0± 10.4
C 병원	19.2	13.8	−	38.1± 9.8	36.4± 7.4

+입원의 경우는 두집단간의 평균치 차이이고, 외래의 경우는 평균± 표준차임.
*$p<0.05$

표 8. 입원·외래 병원별 보험자에 따른 진료비 청구기간 소요

(단위 : 일)

	입 원		외 래	
	연합회	관리공단	연합회	관리공단
A 병원	125.8± 84.0	35.2± 13.4	101.9± 97.8	31.5± 6.4
B 병원	17.8± 8.9	29.0± 12.0	25.2± 9.1	38.0± 10.4
C 병원	38.6± 9.6	35.5± 5.7	37.6± 10.0	38.4± 8.7

*평균± 표준편차

외래가 평균 103일이 소요되기 때문이다.

진료비 지급기간에 대한 2요인 분산분석의 결과는 표 2와 표 3과 같이 입원의 경우는 상호작용이 존재하여 병원요인과 보험자요인에 의한 효과를 설명할 수 없었으나 병원요인과 보험자요인이 높은 F값을 갖고 통계학적으로 매우 유의한 것으로 미루어 보아 병원과 보험자에 따라 차이가 있을 것으로 판단된다. 외래의 경우는 병원요인에 의한 효과와 보험자요인에 의한 효과가 모두 통계학적으로 유의하게 나왔다. 그러므로 외래 진료비 지급기간은 두 보험자 간에는 통계학적으로 유의한 차이가 있었으며, 병원요인에 의한 효과를 다중비교에 의해 분리한 결과 A병원과 B병원간에 통계학적으로 유의한 차이가 있었다(표 9).

의료보험 진료비 청구액에서 보험자의 심사결정에 의한 삭감액을 제외한 금액의 청구액에 대한 비로 나타낸 비삭감율은 표 10에서와 같이 세개의 병원모두에서 평균90%를 넘으며, 대개 95%를 상회하고 있다. 비삭감율의 2요인 분산분석 결과를 보면(표 2, 표 3) 입원환자 진료비의 비삭감율은 병원요인에 의한 효과가 통계학적으로 유의한 것으로 나왔으며, 이를 분리하여 분석한 다중비교의 결과에서는 (표 11) A병원과 B병원, B병원과 C병원의 비삭감율이 통계학적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나왔다. 그러나 외래환자 진료비의 비삭감율은 상호작용이 존재하여 두요인의 효과를 따로 설명할 수 없었으나 이도 병원요인이 통계학적으로 유의한 결과가 나와 입원과 같이 병원에 따라 차이가 있을 것으로 판단된다.

Ⅳ. 고 찰

1. 연구자료 및 변수에 대한 고찰

3개 병원에서 자료를 수집하였으나 병원규모에 따라 이용할 수 있는 자료의 질에서 차이가 있었다. 1,000병상

표 9. 입원·외래 진료비 지급기간의 상호작용과 병원요인에 대한 다중비교 결과

	입 원		외 래		
	연합회	관리공단	A	B	C
A 병원	125.8± 84.0	32.2± 13.6	−		
B 병원	17.8± 8.9	29.8± 12.0	49.0*	−	
C 병원	38.6± 9.6	35.5± 5.7	6.6		−

+입원의 경우는 평균± 표준편차이고, 외래의 경우는 두 집단간의 평균치 차이임.
*$p<0.05$

표 10. 입원·외래 병원별 보험자에 따른 비삭감율

(단위 : 일)

	입 원		외 래	
	연합회	관리공단	연합회	관리공단
A 병원	0.97± 0.01	0.98± 0.01	0.95± 0.02	0.96± 0.03
B 병원	0.99± 0.01	0.99± 0.01	0.93± 0.05	0.99± 0.01
C 병원	0.97± 0.02	0.96± 0.03	0.95± 0.03	0.90± 0.04

*평균± 표준편차

표 11. 입원·외래 진료비 비삭감율의 병원요인과 상호작용에 대한 다중 비교 결과

	입 원			외 래	
	A	B	C	연합회	관리공단
A 병원	−			0.954± 0.024	0.955± 0.028
B 병원	0.020*	−		0.929± 0.050	0.986± 0.014
C 병원	0.007	0.027*	−	0.948± 0.031	0.900± 0.041

+입원의 경우는 두집단간의 평균치 차이이고, 외래의 경우는 평균± 표준차임.
*$p<0.05$

규모의 대학부속병원인 A병원은 진료비 발생, 수입 등에 대한 자료가 전산화되어 연합회의 경우 직장, 직종, 지역의료보험조합별로 구분하여 월별 진료비 지급액의 입금사항을 정확히 알 수 있었으나 C병원의 경우는 연합회 경우 적용종별이나 날짜별 입금사항을 정확히 파악하기가 어려웠다. 그러나 청구일과 90%이상 입금된 날짜는 조사할 수 있었다.

앞서 언급한 바와 같이 총 지급금액의 90%이상이 입금된 날짜를 기준으로 지급기간을 정하므로써 조사시점에 입금이 90%가 미달된 청구는 누락되었다. 따라서 지급기간의 평균이 실제보다 작아질 수 있는 오류가 발생할 수 있다. 그러나 병원간, 보험자 간의 비교를 위해서는 확실한 기준이 있는 것이 타당할 것으로 판단되었다.

2. 연구결과에 대한 고찰

진료비 청구소요기간에 대한 분산분석결과 병원요인에서 통계학적으로 유의한 차이가 있으며 소요기간이 병원의 특성에 따라 크게 차이가 나는 것은 진료비 지연지급 요인이 병원측에도 있음을 알 수 있다. 특히 B병원은 다른 병원에 비해 평균에서도 크게 차이가 날 뿐만 아니라 1987년 11월과 12월의 진료비를 조사 시점인 1988년 9월까지도 보험자에게 청구하지 못하고 있는 실정이다.

의료보험 진료비 심사기간이 A병원의 경우 의료보험연합회에서 오래 소요된 것은 지역의료보험조합에 가입한 것으로 분석되었다. 즉 표 6에서 A병원의 보험자별 진료비 심사기간의 차이를 1요인 분산분석에 의한 다중비교 결과 지역의료보험 조합이 타보험자와 차이가 있는 것으로 나왔다. 그 이유는 이 연구에서 진료비 심사 기간을 정한 기준이 청구시점에서 병원의 은행구좌에 첫번째 입금까지로 하였기 때문에 심사가 끝났다고 하더라도 예치금이 부족한 조합에서는 첫번째 지급까지 시간이 소요될 수 있기 때문인 것으로 생각된다. 표 6에서 보면 직종 의료보험조합은 진료비 심사기간은 짧으나 지급기간은 상당히 길어짐을 볼 수 있다. 다시 말해 첫번째 입금은 빠른 시간내에 이루어지나 총 지급 예정액의 90%가 입금되는 시점은 크게 지연되는 것이다. 반면 지역의료보험조합은 진료비 심사기간과 지급기간이 거의 비슷하므로 첫번째 입금시 총 지급 예정액의 대부분을 지급하고 있다는 것을 알 수 있다.

이 연구에서 진료비 지급기간은 가장 중요한 종속변수라고 할 수 있다. 즉 진료비 지급의 지연요인이 보험자측에 얼마나 있으며, 어느 보험자가 진료비 지연에 기여하는지를 분석할 수 있는 관찰치이기 때문이다. 결과에서 언급한 바와 같이 대규모 종합병원인 A병원의 진료비를 직종의료보험조합과 지역의료보험조합에서 지급되는 과정에서 크게 지연되었으므로 이것은 현행 의료보험 관리체계에 의해 야기되는 문제점이라고 할 수 있다. 다시 말해 직종의료보험 등 보험재정이 부실한 보험자 때문에 진료비 지급이 지연되고 있는 것으로 판단된다.

비삭감율은 모든 병원과 보험자에서 90%를 넘고 대개 95%이상이었다. 이것은 청구액의 90%이상은 항상 지급한다는 의미이므로 보험자는 90%이상의 청구액에 해당하는 병원 자금을 지급기간 만큼 유보하고 있다고도 할 수 있겠다. 따라서 진료비가 환자에 대한 진료시점에서 발생한다는데 인식을 같이 한다면 병원이 보험자에게 진료비를 청구하는 시점에서 청구액의 80-90%에 해당하는 금액을 미리 지급하는 방안을 생각 할 수 있을 것이다.

3. 의료보험 진료비지급에 대한 연구자의 견해

이상과 같은 연구를 토대로 하여 현재의 행위별 수가제 범위내에서 의료보험 진료비 지급상의 문제점과 개선방안에 대한 연구자의 견해는 다음과 같다.

가. 의료보험진료비 지급지연요인과 문제점.

첫째, 현행 의료보험 관리체계에 의해 파생된 문제점으로 직종의료보험등 보험재정이 부실한 보험자의 경우 재원이 없기 때문에 지연될 수 있는 문제점이 있다.

둘째, 병원자체의 진료비 청구업무의 과중으로 인해 지연될 수 있다. 이 문제는 전 국민의료보험이 실시되는 1989년 7월 이후부터는 더욱 심해질 것이 예상된다.

세째, 보험자의 심사지연 및 지급지연으로 인해 발생되는 문제점으로 청구액대비 90% 이상의 지급을 하는 보험자의 입장에서 1개월 정도 병원자금을 유보하는 현상을 표출하는 것이다.

네째, 종합적으로 병원의 재화는 진료시점에서 투입되거나 소비되는데 반해 재화를 투여한 대가인 진료비의 회수는 피보험자의 보험료 수입을 예치하고 있는 보험자에 의해서 상당기간 늦어지므로써 피보험자의 보험료를 월 급여시점에서 원천징수하는 보험자가 병원에 대하여 금리부담을 안기는 현행 제도상의 문제점이다. 이는 자금이 부족하지 않은 대형병원의 경우는 문제가 안될 수 있으나 금리부담이 과중한 병원이나 영세한 개인 병·

의원의 경우는 중대한 문제로 부각될 소지도 있다.

나. 진료비 지급의 개선방안.

앞서 제기되었던 요인과 문제점들을 해결하고 개선하는데 있어서는 그 문제점들이 제3자 지불제와 행위별 수가제에 의한 청구, 심사 지불제도가 갖는 구조적인 문제점임에도 불구하고 인두제의 실시나 총액 진료비제도 및 선불상환제(Prosepective Reimbursement System)와 같은 근본적인 변화를 통해 진료비 적기 지급방안을 고려하는 것은 그러한 제도를 위한 경험 자료가 적고 문제 자체의 크기가 엄청나기 때문에 현 시점에서는 어려운 일이며 이 연구의 목적에도 벗어난다.

따라서 연구자는 서론에서 지적한 몇가지 지불방안에 대한 개념적 제시에 그치고 진료비 지급을 원활하게 할 수 있는 방안을 현행 제도의 틀 속에서 제시하고자 한다.

첫째, 병원내부의 노력이 선행되어야 한다(김영창, 1985). 즉 보험자의 심사제도를 이해하고 가능한한 최단 시일내에 진료비를 청구함으로써 자금회전율을 높일 수 있도록 청구 인력을 보강하고 청구작업의 숙련도를 높이며 전산화를 적정 방향으로 진행해야 한다.

둘째, 보험자측도 현행 심사기간을 더욱 단축시키도록 하여야 하며 의료보험연합회의 경우 예치금이 부족한 의료보험조합등의 문제를 재정조정사업 또는 대여사업 등을 도입하여 해결하고자 하는 노력이 있어야 할 것이다.

세째, 보험자측과 의료기관측은 진료시점에서 진료비가 발생한다는데 인식을 같이하고 최소한 병원의 진료비 청구시점에서 청구금액의 80-90% 정도를 지급하고 진료비심사 종결시점에서 정산하는 방안을 심각하게 고려해야 할 것이다. 이는 보험자가 피보험자의 보험료를 급여시점에서 징수한다는 것과 대부분의 의료기관이 청구액의 90% 이상을 심사결정액으로 찾아간다는 점을 참조하면 될 것이다. 물론 보험자는 지급율을 정할 수 있음을 당연하다 하겠다. 또한 의료기관은 보험자에게 금리부담에 대한 부분을 이해시키도록 해야 할 것이다.

네째, 보건사회부와 의료보험의 보험자 및 보험자 단체, 또 대한의학협회와 병원협회 등의 기관과 학계 등에서는 현재의 의료보험 제도상의 변화와 함께 의료비 지불제도에 대해 지속적인 관심을 갖고 전향적인 개선방안을 찾아내야 할 것이다. 이는 진료비 지불 제도가 의료비 상승의 2대요소인 가격 상승과 이용 증대에 커다란 영향을 미치며 또한 이것들에 의해 지불제도 역시 영향을 받기 때문에 국민의료비총액이 1975년에 CNP의 3%에서 1980년에 4%, 1985년에 4.8%에 달한 우리 현실에서(권순원, 1988) 앞으로 가장 심각한 문제의 하나로 대두될 의료비 상승과도 밀접한 연관을 갖게 되기 때문이다.

4. 연구의 제한점 및 의의

병원을 규모에 따라 선정하기는 하였으나 1개의 병원만을 연구대상으로 함으로써 같은 규모의 병원을 대표할 수 없었고, C병원은 규모가 작은 병원이기 때문에 A병원에 비해 자료의 정확성이 미비하여 비교에 어려움이 있었다. 그러나 진료비 지급지연의 요인을 실제 경험자료의 검정에 의해 병원과 보험자 요인을 분석하였다는 점에서 이 연구의 의의를 찾을 수 있을 것이다.

V. 결 론

의료보험 진료비의 지급이 지연되는 요인중 병원과 보험자의 영향을 분석하기 위해 규모별로 3개의 병원을 선정하여 보험자에 따라 청구소요기간, 심사기간, 지급기간과 비삭감율을 조사하였다. 병원은 규모에 따라 1천병상규모의 대학병원(A병원으로 표기), 5백병상 규모의 종합병원(B병원으로 표기), 1백병상 규모의 병원(C병원으로 표기)이었으며 1987년 동안의 월별 청구액을 추적조사하였다. 연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 진료비 청구소요기간은 입원과 외래 공히 병원에 따라 통계학적으로 유의한 차이가 있었으며 A병원, B병원과 C병원 모두가 상호간에 통계학적으로 유의한 차이가 있었다.

둘째, 진료비 심사기간은 입원과 외래 공히 병원과 보험자에 따라 모두 통계학적으로 유의한 차이가 있었으며, 외래의 경우는 병원과 보험자간에 상호작용이 존재하였다. 심사기간이 병원에 따라 차이가 난 이유는 지역 의료보험조합의 A병원 진료비 심사기간이 지연되었기 때문인 것으로 판명되었다.

세째, 진료비 지급기간은 입원의 경우는 병원과 보험자간에 상호작용이 존재하기는 하나 병원요인과 보험자 요인이 통계학적으로 매우 유의한 것으로 나왔으며 외래의 경우는 병원과 보험자에 따라 모두 통계학적으로 차이가 있었고, A병원과 B병원이 통계학적으로 유의한 차이가 있었다.

네째, 진료비 비삭감율은 입원의 경우 병원에 따라 통계학적으로 유의한 차이가 있었으며, 이는 A병원과 B병원,

B병원과 C병원의 차이에 의한 결과이다. 외래의 경우는 상호작용이 존재하기는 하나 병원요인이 통계학적으로 유의하였다.

참 고 문 헌

김영창. 의료보험진료비 청구의 제 문제점. 의료보험논문집 제2권, 의료보험연합회, *1985*

김일순, 유승흠, 김한중외. 의료보험진료비 심사 및 지불절차 개선방안 연구 보고서. 연세대학교 인구 및 보건개발연구소, *1983. 11*

의료보험관리공단. 진료비 심사 간소화 방안 연구. *1982*

의료보험조합연합회. 진료비 심사조건. 의료보험논문집. *1985*

Davis K. *Health Maintenance Organization in the United States: The Experience to Date (Korean Davis* 교수초청 학술강연회 연제집). 연세대학교 인구 및 보건개발연구소, *1983. 11*

Glaser WA. *Paying the doctor: Systems of Remuneration and Their Effect The Jonhns Hopkins Press, 1970*

Glaser WA, *Paying the Hospital: The Organization, Dynamics, and the Effects of Ditering Financial Arrangements. Jossey-Bass Publishers, 1987*

OECD. *Financing and Delivering Health Care. Paris, 1987*